

第 105 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

うつ病等における脆弱性論等と職域での「安全（健康）配慮義務」に対する提言

荒井 稔（日本私立学校振興・共済事業団東京臨海病院精神科）

1. はじめに

平成 21 年 12 月発表の厚生労働省の患者調査によれば、平成 20 年の躁うつ病を含むうつ病の患者数がおよそ 104.1 万人となり、平成 11 年の 44.3 万人に比し、およそ 2.4 倍になった。この増加の背景を検討すると、①社会に対するうつ病の啓発活動の結果として受療者が増加していること、②うつ病などの患者が受診しやすい精神医療の条件がクリニックなどの受け皿の拡充によって整ってきたこと、③経済活動の急激な低下に伴い相対的貧困率が平成 19 年の調査で 15.7%と、OECD のなかで第 4 位となったこと、収入の減少や、就業を続けることが困難な失業者が増加していること（平成 21 年 10 月の季節調整値での完全失業率 5.1%）、④高齢化の進展や母子家庭・単身者の増加に伴いうつ病などを発症しやすい年齢階層が増加していること、⑤操作的診断によって、うつ病（気分障害）の定義の明確化の過程で、逆説的ではあるがうつ病概念の拡散が生じている可能性があること、⑥うつ病罹患における個体側の脆弱性が社会・経済構造の変化によって顕れやすくなっている可能性など、様々な要因を指摘することができる。

この小論では、このような背景を前提に補償学の一部である精神障害の労災認定におけるうつ病などの診断行為に含まれている個体側の脆弱性について、現時点で精神医学において一般的に受け入れられている理論を概観し、職域においてうつ病などへの支援の中核となっている事業者の「安

全（健康）配慮義務」を果たすための最低条件について、筆者の私見を呈示し、就労者の健康障害の予防対策の一案を提示することを目的とした。

2. 事例の提示

初診時 47 歳、男性、法律家である。主訴としては、億劫で落ち着かず、気分が沈んでいると陳述する。家族歴としては、5 歳年上の兄との 2 人同胞で、兄は 40 歳代よりパニック発作を伴ううつ病性障害として精神科加療中で部分寛解の状態という遺伝負因が認められる。生活歴としては、大卒後、公務員となり、結婚し、妻と高校、中学の子供の 4 人暮らし。既往歴は認めない。病前性格としては、几帳面、真面目、仕事熱心、些細なことも疎かにしない、熱中性が認められ、ひとつのことが頭にこびりつくとなかなか離れないという定型的な執着気質である。

現病歴としては、X-2 年（45 歳時）に兄の開業を手伝うため、公務員をやめたが、約半年後より、不眠、食思不振、億劫、焦燥感、微小念慮などが出現し、発病 3 ヶ月後に、某精神科を受診し、三環系抗うつ薬によって治療を受けたが、不眠、焦燥感が増悪し、仕事が続けられないという理由で発病後 6 ヶ月の時点（X 年）で当院を初診した。初診時の精神状態は、抑うつ気分、制止、不安、焦燥感、優格観念などであった。

約 1 ヶ月間の外来治療でも軽快傾向が認められず、発病後 7 ヶ月目に入院となった。行動および談話の緩慢化、思考内容の微小化が目立ち、「自

分の病気は治らない、あと数ヶ月で収入がなくなる、何もすることができない」と貧困妄想が認められた。

身体所見としては、心電図に単一焦点の心室性期外収縮が認められ、頭部CTでは、左島部に微小脳梗塞が認められた。デキサメサゾン0.5mgによる負荷試験では抑制群であり、脳波に異常は認められなかった。

治療としては、週3回1時間の面接および四環系の抗うつ薬であるマプロチリン、頸腕症候群に対し筋弛緩薬のエペリゾンの薬物治療を行った。

面接では、患者の貧困妄想に耳を傾け、当方の発言は、笠原のうつ病の簡易精神療法に準じたもので、休養、薬物、責任の免除を一定期間行うことで寛解する可能性が高いことを繰り返し説明した。同時に妻との合同面接を週に1回加えた。妻との合同面接では、妻の「心配しすぎ」という発言を尊重しつつも、妻が同じ発言をすることが症状の固定化を招く可能性を指摘した。また、約80日間の入院の後半に兄との合同面接を2回施行した。兄は、自らが主となって開業を維持することが自分の症状のために困難であることをとつとつと述べたが、最終的には、患者が回復後、開業の主役になるという合意が得られ、患者の役割変化が同意された。退院時には患者の症状はほとんど消失し、寛解状態にあった。

外来での経過は、精神症状の出現がみられず、四環系の抗うつ薬であるマプロチリンを服用し寛解状態であったが、約1年後に胃潰瘍を発病しH₂-blockerでの治療を受け約半年で寛解した。

X+7年(54歳)に、3年間糖尿病の治療を受けていた循環器内科に急性心筋梗塞の診断で入院治療を受け、通常の生活に戻った。

X+15年(62歳)に、長時間労働などの仕事上の問題から、抑うつ気分、決定不能、焦燥感などの症状が認められ、1回目の再発と判断されたが、約2ヶ月で軽快し、約1週間の後動揺(Nachschwankung)を経て、寛解状態に移行した。この時点での脳波、頭部MRIには、左島部の小脳梗塞以外の所見は認められなかった。この後約2

年間は寛解状態が続き、服薬も行わなかった。

X+19年(66歳)時に、関係者の経済状況の悪化が負荷となり、不眠、決断困難、焦燥感などの症状があり、2回目の再発と判断された。約2ヶ月間の治療で、症状は消失した。

X+22年の現時点(69歳)で寛解状態は持続し、通常の就労は行っており、現在の不況の急速の進行などについては笑顔で対応している。

3. 本事例の側面要因

この事例の側面要因を検討すると以下のようになる。

- ①精神障害の既往として、当科初診時はなしとされ、以後再発の時点で他院を受診した場合には、うつ病の既往あるいは反復性うつ病性障害と診断される。遺伝負因として、兄のパニック発作を伴ったうつ病性障害があげられる。
- ②生活史としては、通常の発達であり、生活上に特記すべきことは認められない。
- ③アルコール等依存としては、アルコールは機会飲酒であり、他の精神に影響を与えるような物質依存は認めない。
- ④病前性格としては、几帳面、真面目、仕事熱心、些細なことも疎かにしない、熱中性が認められ、ひとつのことが頭にこびりつくとなかなか離れないという定型的な執着気質である。
- ⑤症状性精神障害あるいは身体疾患に関連した精神障害の原因となり得る疾患としては、糖尿病、心筋梗塞があげられる。胃潰瘍については直接的な精神症状への影響は少ないと判断された。
- ⑥脳器質性精神障害については、微小脳梗塞が認められたが、部位、大きさ、経過において変化がないことなどのためうつ病に対する影響は否定的であった。

4. うつ病の一般的側面要因

平成11年9月14日に厚生労働省から公表された「心理的負荷による精神障害等に係る業務上外の判断指針」(以下、判断指針と略す)は、およそ10年の歴史をもち、平成21年3月19日に現

在の状況を考慮し、出来事の追加・改訂が行われたが、労働基準監督署などにおいて労働災害の公正・迅速な判断の根拠となっているのは周知のことである。この指針では、精神障害一般の側面要因として、①精神障害の既往歴、②生活史、③アルコール等依存状況、④性格傾向があげられている。以下、上述したうつ病事例も参考にしながら、うつ病の側面要因について順に検討を加えたい。

①精神障害の既往歴の記述について

既往歴は、カルテや本人の記録などの資料が存在しない場合には、その症状の起始、症状の内容、持続期間、治療内容などは明確にはできない。特にうつ病の場合には、躁病エピソード、軽躁エピソード、混合エピソードなどの存在の有無、気分変調性障害とうつ病エピソードとの併存などの問題がある。

これらの問題を考慮しながら、上述した症例の記載例は下記ようになる。

「現在、うつ病や躁うつ病に代表される疾患は、一般的に、気分障害 (mood disorder) と呼ばれるようになってきている。1987年のDSM-III-R (診断と統計マニュアル第3版改訂版、米国精神医学会) から気分障害と呼ばれるようになり、ICD-10 (国際疾病分類第10版、1992) でも踏襲された。持続的なゆるやかな感情という気分の定義からは、躁の興奮状態などは気分障害というにはなじまない部分もあるが、軽症慢性うつ病などは気分障害と呼ばれるのが最もふさわしい。

DSM-IV-TR (精神疾患の分類と診断の手引き新訂版、米国精神医学会、2000) では、躁病相をもつ双極性障害とうつ病相だけのうつ病性障害に二大別されている。前者はさらに双極I型障害、双極II型障害、気分循環症、特定不能の双極性障害に分けられ、後者は大うつ病性障害、気分変調症、特定不能のうつ病性障害に細分化されている。双極性障害、大うつ病性障害とも重症度、再発性、精神病的徴候の有無、季節性、非定型病像、緊張病像、産後、完全寛解性などの特徴を記すように

なっている。双極性障害はさらに混合病相や急速交替化の有無、大うつ病性障害ではメランコリー病像を伴うか否か、慢性などが明確化される。双極II型は躁状態が軽躁程度に留まるタイプで、躁状態が中等度以上に達し入院などを要する双極I型と区別される。

本うつ病の場合は、大うつ病性障害と診断され、現時点では3回のエピソードがあったと判断することが妥当である。こういった躁病相を示さないうつ病は、単極性うつ病と呼ばれ、病相が2回以上あると、DSM-IVでは大うつ病性障害、反復性が相当し、ICD-10では反復性うつ病性障害がこれに当たる。しかし、双極性うつ病 (躁うつ病) と対比され、単極性うつ病には性差があり (男<女)、発病年齢が平均40歳代と遅く、躁うつ病とは異なり、発病の誘因が明確なものが多く、病相間が年単位であり、病前性格については執着気質が多いなどの点で双極性うつ病と異なった特徴を示すことが多い。

本うつ病においては、退職などの出来事が1回目のエピソードには前駆し、長時間労働が2回目のエピソードに前駆している。3回目のエピソードでは、顧客の経済的問題が出来事として認められた。」

さらに、上述したエピソード相互の位置づけについては、以下のように記述されよう。

「本うつ病の特徴としても、うつ病エピソードが寛解したあとの寛解期が15年間、次のエピソードまでは3年間であり、互いに独立したうつ病エピソードが生じたと考えるのが通例である。再発という概念を用いると、Ramana, R. らの研究によれば、70名のうつ病患者を治療開始してから寛解後15ヶ月まで観察したところ、患者の45%は治療開始後3ヶ月以内に寛解し、70%は6ヶ月以内に寛解し、うつ病エピソードが寛解しない期間に40%が再燃し、それらは10ヶ月以内であったという証拠があるので、症状寛解後10ヶ月以上たった場合には再発と考え、それ以前のエピソードとの関連性はないと考えるのが妥当である。つまり、一般精神科医の現時点での寛解の時

期としては、およそ1年後であることが承認されている。本うつ病では、初回のエピソードから寛解にいたり、15年後、18年後に再発しているのので、それぞれのエピソードを連続した病態として関連づけることは困難であり、結論として、本うつ病の場合は、独立した3回のうつ病エピソードがあったが、それらの相互関係は認められず、定義上は反復性うつ病性障害と現時点で診断できるが、1回目のうつ病から寛解した後、15年はDSM-IV-TRによって大うつ病性障害、単一エピソードと診断され、2回目のエピソード経過後にはじめて、反復性と診断されることになる。この経過中に気分変調性障害の診断を満たす時期は認められなかった。」

②生活史

精神医学的に、大うつ病性障害に罹患しやすい危険因子としては、生活史に現れてくるものとしては以下が想定されている。

- ・経済的貧困。
- ・婚姻状況：別居者あるいは離婚者は、独身者や既婚者に比べ有意に高い。また、既婚女性は独身女性よりも危険率が高い。逆に未婚男性は既婚男性と比べ有意に危険率が高い。単身生活者では同居者がいる者に比し有意に危険率が高い。
- ・喪失体験：多額の借金、失業、降格、身体的病気や怪我、近親者の死亡。
- ・就労以前：留年、欠席、対人関係の少なさ、成績の途中からの変化など。
- ・職歴：頻回の転職、降格、処分を受けたこと。
- ・事故傾性：特別の理由なく、何らかの事故の当事者になりがちな場合、怪我、訴訟の当事者になるなどの出来事が多く危険因子とみなされる。

労災事案の検討の際には、上述したような特徴あるいは生活史を聴取することは時間的制約や当事者の申述の任意性などによって、十分な情報がないことがあるが、できる限りの情報を総合して、大うつ病性障害への危険因子 (risk factors) が

生活史上にあるかを考慮する。

上述した症例においては、執着気質者としての生活史が認められているが、その詳細は性格傾向の項で検討する。

③アルコール等依存状況

アルコールに代表される精神および行動に悪影響を及ぼす薬物の依存、乱用、誤用などの比率は、一般の就労者の場合で、およそ3割に及ぶことが諸家の指摘しているところであり、アルコールなどの依存は、「慢性的自殺」とも呼ばれているように、自分の利益を損害させる行動でしばしば認められる。これらの物質による精神症状にはさまざまなものがあり、アルコールによって誘発されたうつ病性障害（二次性うつ病）が代表的な病態である。また、最近、自殺の誘因の一部として精神作用薬物の乱用、依存、急性中毒があげられて注目されていることにも留意すべきであろう。

④性格傾向

1) 性格傾向については、その人の社会適応や生き方に深く関与しており、いきいきとその特徴を記述する価値があるが、本人が自分の性格傾向をどう評価しているかと、周りからどう評価されるかには差異がみられることがある。しかし、本人の意見や周りからの情報を統合して検討することによって、精神障害の発病の一部を理解することは可能であるので、できる限り具体的に調査されることが必要である。

うつ病の病前性格としては、すでに、循環気質、執着気質、メランコリー親和型性格、強迫性性格、未熟性格などがあげられている。これらの病前性格については、一定の精神医学的合意が得られているので、事例の性格傾向があると判断するのが適正であれば、よりうつ病が発症しやすくなるということの傍証となり、発症要因として取り上げる必要がある。

2) 性格等と再発の問題

最近、大うつ病性障害の再発に関する検討が蓄積され、性格などについての所見は、表1に提示

表1 うつ病の再発に寄与する因子の暫定的結論

- ・性別：女性優位という報告が多い。
- ・社会経済的地位と配偶者関係：寄与は低い。
- ・家族歴：再発に関与しないという報告は少ない。
- ・認知様式：negativeな認知様式では再発が多いという報告が多い。
- ・性格特性：神経症傾向を示す場合再発は多い。
- ・生活上の出来事：出来事数と強さは再発と一定の関連がないという報告が多い。
- ・社会的支援：支援の有無との関係は議論が分かれている。

Burcusa, S.L., Iacono, W.G.: Clin Psychol Rev, 27 (8): 959-985, 2007

表2 うつ病再発の痕跡理論と燃え上がりモデル

- ・痕跡理論 (Scar theory)：うつ病を経験することによって、その痕跡のために再発率が高まるという仮説は、認知に対する影響、性格特徴に対する影響に関しては結論が出ていない。生活上の出来事の数と強さは痕跡と関連がないとはいえないという一定の証拠はある。
- ・燃え上がりモデル (Kindling model)：再発回数が増すことによって、その次のうつ病エピソードがより弱い生活上の出来事によって生じるという報告については否定的な報告が多いが、現時点で確定的ではない。

するように一定の知見がえられているので以下に記述する。ただし、この結論は暫定的であるので、さらにその内容は吟味されるべきである。

現時点での結論としては、再発については、女性に多く、社会経済的・配偶者の有無は再発には関与しないという報告が多い。また、精神障害の家族歴をもつものは再発しやすく、否定的な認知様式をもつものは再発しやすく、大うつ病としては、神経症的傾向を示していたものが再発しやすい。逆に出来事数とその強さは再発には寄与しないという報告が多く、社会的支援と再発との関連は一定の結論に至っていない。

これらの所見の病態生理として、表2に示すような「痕跡理論」と「燃え上がりモデル」が提唱されているが、現時点では決定的な結論が出ておらず、将来の研究結果が収束していくまで、過去の大うつ病エピソードが次の再発の危険因子となるという結論には至ることができないのが一般の精神科医の合意事項とみなすべきである。また、現在の大うつ病エピソードの定義は、これまでの「内因性うつ病」よりも広範囲な病態を包含しているため、再発についての結論は、一定の限定を加えて考慮すべきと思われる。

3) 脆弱性について

ストレス-脆弱性モデルについては、精神障害などの発症・再発について検討する際に合理的であるという一般的な合意が形成されてきている。ただし、脆弱性についてはその概念の内包の定義

が曖昧になっており、現時点では脆弱性は個体の素因を指しているという前提が崩れた方向に向かっていることには注意しなくてはならない。

この点については、うつ病の脳科学の発展が展望されており、有望な知見が集積されつつあり、統一見解として収束していくと思われる。しかし、大うつ病エピソードが生物学的に異質な症状群であり、前頭葉の脳血流低下ばかりでなく、大脳辺縁系、前頭前野の機能障害、間脳-下垂体-副腎皮質の機能障害などさまざまな検討がなされている (Allen, J.G.: Coping with depression: From Catch-22 to Hope. American Psychiatric Publishing, Inc., 2006) ことにも留意すべきである。

また、これらの所見の一部では、大うつ病エピソードによる機能障害は回復可能であり、臨床において寛解・完治することの傍証となっている。つまり、一般的には、大うつ病エピソードによる機能障害は回復可能であり、大うつ病エピソードでは、その機能障害をもたらす脳の神経伝達物質の動態、血液循環、神経細胞のネットワークの形成などについては、状態依存 (state-dependent) と考えられる要素があり、脆弱性という変化の少ない一定の傾向 (trait) あるいは素因 (predisposition) とは区別しなくてはならない。

脆弱性という素因について、おおまかな合意がえられている見解をあげると表3のような知見がある。

大うつ病エピソードという状態を引き起こす脳

表3 うつ病発症に関与する脆弱性についての暫定的結論

- ①うつ病に対する認知的脆弱性は後期児童期までに形成される。
- ②うつ病の危険因子となる陰性思考に傾く素因は思春期、前成人期に現れる。
- ③大うつ病エピソードにおける陰性思考は、うつ病相が終息すれば消退する。
- ④大うつ病エピソードの発症は、持続している認知的脆弱性と反芻傾向とに関連している。
- ⑤うつ病の認知的脆弱性は、悉無律には従わず、程度の問題である。
- ⑥生活上のストレスは、認知的脆弱性をもつ者に陰性思考と反芻傾向をもたらし、認知的に脆弱であればあるほど非常に弱いストレスでもうつ病を引き起こす。

機能障害は可塑的であり、うつ病への脆弱性は認知的傾向として現れている素因（遺伝子が関係する）として考えられるのである。さらに、脆弱性の存在によって些細なストレスによってもうつ病は発症するという点も確認されている。また、この指摘は、比較的若年発症の大うつ病エピソードの研究も含まれており、より個体の脆弱性が強い対象についての所見である。一般の「内因性うつ病」などの成人期から中年期に発症するうつ病では、事例でも提示したが、この脆弱性の程度は、相対的には弱いことが強く推定されるので、この点も考慮されねばならない。

4) 「うつ病は再発しやすい」という主張は正しいか

最近、多くの啓発書などで「うつ病は再発しやすい」との主張がなされているが、感情障害の再発回数については、以下の客観的な証拠がある。Goodwin らの著作によれば、Kraepelin (1921) から Fukuda ら (1983) までの 11 論文による各対象の病相数は、単極性気分障害および双極性気分障害両者を加えて、6951 名の対象について、1 年間から 26 年間経過観察を行った結果は、それぞれの研究において最小と最大については順に、1 回のエピソードでは 0 名から 55 名、2 回から 3 回では 13 名から 42 名、4 回から 6 回では 8 名か

表4 神経症的傾向と非内因性うつ病との関係

- 神経症傾向としてあげられている不安、怒り、罪責感、抑うつ、自己不確実、羞恥心が強いことなどは、非内因性うつ病（新型うつ病の一部）の病前性格、病像形成的要素として考えられる。
- 執着気質、メランコリー親和型の内因性うつ病の病前性格は、少なくとも表現型としては、感情的には安定し、穏やかで、緊張感は適度であり神経症的傾向とは対照的といえる。
- 操作的診断による大うつ病エピソードには、非内因性うつ病が混在していると考えられる。
- 再発の危険因子として神経症傾向があげられているのは、非内因性うつ病の些細な出来事による再発（再燃）が過包括されている可能性を指摘しなくてはならない。

ら 40 名、7 回以上では 2 名から 69 名となっている。このなかには、1 年間に数回以上の躁病相あるいは抑うつ病相を呈する rapid cycler も含まれているので、1 人の対象は平均的には一生で数回の病相を体験することになるが、一生で 1 回しかうつ病エピソードを経験しない者が多くいることも一般論として「うつ病は再発しやすい」ということは誤りであることは明白である。

また、最近では周知のように、病相予防のために、気分安定薬の継続的投与も寛解維持療法としてなされるようになり、より再発は認められなくなり、一人の経験する病相数は減少していくことが望まれる。

さらに、「内因性うつ病」とともに大うつ病エピソードに含まれていると思われる「非内因性うつ病」については、神経症的傾向と大うつ病エピソードとの関連が述べられているが、表 4 に指摘するような問題点が解決されずに残っており、神経症的傾向の概念の妥当性やその「内因性うつ病」および大うつ病エピソードとの関連はさらに検討が加えられる必要がある。

5. 事業者の「安全（健康）配慮義務」の最低必要条件の試案

安全配慮義務については、現在では、労働契約法第 5 条において、「使用者は、労働契約に伴い、

労働者がその生命、身体等の安全を確保しつつ労働ができるよう、必要な配慮をするもの」とされている。物理的安全については、被害者が宿直中に強盗によって殺害された川義事件の最高裁判決のなかで、「労働者の職種、労務内容、労務提供場所等安全配慮義務が問題となる当該具体的状況等によって異なるべきもの」とされている。最近では、安全配慮義務のなかに、健康に対する義務も含まれるようになり、「使用者は、労働時間、休憩時間、休日、休憩場所等について適正な労働条件を確保し、さらに、健康診断を実施した上、労働者の年齢、健康状態等に応じて従事する作業時間及び内容の軽減、就労場所の変更等適切な措置を採るべき義務を負う」とされている。さらに、電通事件での最高裁の判決では、注意義務をより明確にし、「使用者は、その雇用する労働者に従事させる業務を定めてこれを管理するに際し、業務の遂行に伴う疲労や心理的負荷等が過度に蓄積して、労働者の心身の健康を損なうことがないよう注意する義務を負う」。

このように、事業者には、労働者の健康維持の義務があることが法的にも明確にされているが、判決のなかには、事業者が「なにをなすべきか」、「なにをしてはいけない」などの具体的記載は少ない。特に本論で問題としているうつ病などの精神障害の発症回避、発症後の対応などについては、産業保健の領域で、平成4年7月に「事業者が講ずべき快適な職場環境形成のための措置に関する指針」が労働省（当時）から告示され、平成9年9月には改訂がなされた。このなかの具体的な内容のうち、精神健康に関するものは、「1 疲労やストレスを効果的に癒すことができるように、臥床できる設備を備えた休養室を確保すること。2 職場における疲労やストレス等に関し、相談に 응ずることができるよう相談室等を確保すること。」などが指摘されている。さらに、長時間労働などに対する対策も講じられており、長時間労働を一定時間以上（月に45時間以上の時間外労働には一定の心身の障害発生の危険がある）ことに対して、産業医などの問診、検査などの事後処置がな

表5 精神保健等の安全（健康）配慮義務を果たすための実施項目・対応案

-
1. 事業者の意思の明確化
 2. 管理監督者の人事的・環境的管理責任の明確化と記録
 3. 衛生委員会の設置と実施
 4. 上司の部下指導の際の対人関係等を含む精神健康教育の実施
 5. 人事労務担当者の就労時間管理・過重労働等の職場環境の評価・改善の実施および記録・記録保存
 6. 性的いやがらせ・「ひどい虐め」等を含む健康保健相談窓口の設置と衆知
 7. 精神科医等の専門家を含む産業医療スタッフの雇用と産業医療センターの設置
 8. 休養場所の設置および利用規定の明示
 9. 産業医等による過重労働者の問診、事後処置
 10. 社会的資源、外部検診機関、外部医療資源等についての情報提供
 11. 病気休暇、復職等についての事業場内規定の衆知
-

されるようになっていく。

精神健康についての包括的な指針としては、「労働者の心の健康の保持増進に関する指針」（厚生労働省、平成18年3月）があり、具体的な方法としては、①衛生委員会での調査審議と「心の健康づくり指針」の策定、②セルフケア、ラインによるケア、事業場内産業保健スタッフによるケア、事業場外資源によるケアといった「4つのケア」が示され、具体的な進め方としては、①職員に対する教育研修、情報提供、②職場環境の把握と改善、③メンタルヘルス不調への気づきと対応、④職場復帰支援などがあげられている。

上述した全体が安全配慮義務を果たしている構成要素ではあるが、安全（健康）配慮義務を果たしているという担保とは完全にはなりえない。いずれの職場に対しても適応可能な体制づくりは困難であるので、中小事業所などの社会・人的資源が少ない場合でも、安全（健康）配慮義務を果たしていると主張できる指針が必要となってくる。この問題に関連する担当者は、事業者、上司、人事労務担当者、産業精神保健スタッフなどであるが、以下に安全（健康）配慮義務を果たしているという主張ができる最低限の項目を記述し、向後

の議論の叩き台としたい。

6. 結 論

1. 現在のうつ病に関する側面要因を検討するために、うつ病症例を提示し、既往歴、生活史、アルコールの影響、性格傾向などについて概説を試みた。
2. 「内因性うつ病」の再発について、長期間経過を追えた症例を呈示し、再発に関与して検討した。症例では、遺伝的素因、病前性格、生活上の出来事が大うつ病エピソードの再発に関与していることが推定できた。
3. 現在の研究の範囲では、うつ病の再発に関与すると有力な候補は、女性優位、神経症傾向、否定的な認知様式、生活上の出来事などがあげられているが、遺伝的素因を含んだ脆弱性の概念や痕跡理論や燃え上がりモデルなどについても、さらに検討が必要である。
4. 大うつ病エピソードの異質性 (heterogeneity) などをそれぞれの事例について、病前適応、自律性、遂行能力、対人関係を構成する能力などの観点から検討を加え、「内因性うつ病」および神経症的傾向が認められる非内因性を含むうつ病再発予防の実効をあげることが必須と考えられた。
5. 上述した視点にも留意しながら、社会的にも精神医学的にも妥当なうつ病論が積み上げられることが求められている。
6. これまでの各種検討を踏まえ、精神健康に関

する安全（健康）配慮義務を果たすために必要な指針案を提示した。

なお、本論の一部は第28回日本社会医学会および第105回日本精神神経学会総会にて発表した。

文 献

- 1) Allen, J.G.: Coping with depression. From Catch-22 to Hope. American Psychiatric Publishing, Inc., New York, 2006
- 2) 荒井 稔：職場での多様な「抑うつ状態」の診断と治療。産業精神保健, 15: 223-232, 2007
- 3) Burcusa, S.L., Iacono, W.G.: Risk for recurrence in depression. Clin Psychol Rev. Risk, 27; 959-985, 2007
- 4) Goodwin, F.K., Jamison, K.R.: Manic-depressive Illness. Oxford University Press, London, 2007
- 5) 厚生労働省編：労災保険 心理的負荷による精神障害等の認定と事例。労働調査会, 東京, 2001
- 6) 西村健一郎, 岩村正彦編：社会保障判例百選. 有斐閣, 東京, 2008
- 7) 大内伸哉：最新重要判例2000—労働法。弘文堂, 東京, 2009
- 8) Ramana, R., Paykel, E.S., Cooper, Z., et al : Remission and relapse in major depression: a two-year prospective follow-up study. Psycho Med, 25; 1161-1170, 1995
- 9) 櫻井治彦編：産業医の職務 Q & A. 産業医学振興財団, 東京, 2009
- 10) 高橋三郎, 大野 裕, 染矢俊幸訳：DSM-IV - TR 精神疾患の診断・統計マニュアル新訂版, 医学書院, 東京, 2002